

Diagnóstico clínico y carrera moral de adultos mayores residentes de una institución asilar en Los Ramones, Nuevo León. Procesos de desvinculación social con respecto a la enfermedad y la vejez

Leticia Huerta Benze*

Resumen

El presente texto se propone exponer la situación de desvinculación sistemática de la que son objeto los adultos mayores en situación de internamiento de tipo asilar. En este sentido, se enunciarán los elementos sociales, institucionales y subjetivos de este proceso desde una dimensión etnográfica a fin de delinear los elementos individuales y colectivos que favorecen un escenario de ingreso y permanencia indefinida de un sujeto en este tipo de instituciones. Se hablará sobre algunas consideraciones sociológicas en torno a los asilos, primero desde su cualidad de oferta de cuidados a las personas envejecidas, y posteriormente sobre sus características e implicaciones en la construcción del *yo* y el condicionamiento de las representaciones y las acciones humanas. Posteriormente, se tratará el tema del diagnóstico y la carrera moral como procesos de ruptura de una biografía y de condicionamiento y consolidación de la pérdida de autonomías básicas; así, se mencionarán los efectos del diagnóstico de las enfermedades crónico-degenerativas en los cuidados a largo plazo y la institucionalización de los ancianos más vulnerables, como su papel en la ejecución de pautas disciplinarias de cuidado que a su vez se anclan a la construcción del estigma por enfermedad y vejez. Finalmente, se abordará sobre la medicalización y polifarmacia y su importancia en las estrategias organizativas y de control institucional¹.

* Maestra en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México. Correo electrónico: leticiahuertab@gmail.com

¹ Este texto forma parte de la tesis de maestría en Antropología Social, cuyo trabajo de campo fue realizado de septiembre a diciembre de 2014.

Abstract

This text expects to explain the situation of elder adults, who are target of the systematic disengagement in an asylum-confinement situation. In this regard, the social, institutional and subjective elements of this process will be set out from an ethnographic dimension, in order to delineate the individual and collective elements which favor a scenario of a subject's entry and indefinite stay in this kind of institutions.

This text will also talk about some sociological considerations about nursing homes; first, its care offer quality to the elderly and lately, about its features, its involvement in the “*Ego*” development and subjugation of the human representations and actions.

Besides, the text will be about diagnosis and moral career topics, as the process of a life history rupture, which condition and consolidate the loss of the basic autonomy. In this respect, chronic and degenerative diseases effects in diagnosis on long-term cares will be mentioned. And the institutionalization of the most vulnerable elders, as well as the effects on the execution of disciplinary care actions which cling to the construction of illness and aging stigma. Finally, the medication, polypharmacy, its importance in organizational strategies and institutional control topics will be covered.

Palabras clave/Keywords: vejez, enfermedad, asilos, diagnóstico, estigma, exclusión/
Aging, illness, nursing homes, diagnosis, stigma, disengagement.

Introducción

Los estudios referentes a la situación que viven las personas adultas mayores en asilos para ancianos, casas de día, casas de reposo, etcétera, siguen siendo, en general, reducidos y poco analizados desde las ciencias sociales. Si bien este campo de estudio nos remite al interés de especialistas en disciplinas y áreas médicas o en menor medida sociomédicas, la realidad es que gran parte de la información que se encuentra es de carácter fragmentado y versa sobre algunas políticas públicas o acciones implementadas en el terreno recreativo, lúdico y, en

poca medida, en el terapéutico. Geriatras, gerontólogos, médicos y demás especialistas y subespecialistas en el adulto mayor se preocupan mayormente por el estado físico y psicológico del paciente geriátrico en estos entornos, por lo que las impresiones de la situación de internamiento se revelan a medida que se tengan algunos registros que cotejar con respecto a las expectativas deseadas a partir del diagnóstico o estatus de paciente, pero no en relación con un concepto de calidad de vida integral, medición subjetiva o persona².

Gran parte de los instrumentos de medición que hacen valoración geriátrica, como los basados en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o Índice de Barthel; y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) o Índice de Lawton; por mencionar algunos, abordan aspectos muy poco ilustrativos del impacto que tiene la institucionalización en el deterioro social, cognitivo y afectivo en el sujeto (Trigás, M., L. Ferreira y H. Meijide, 2011). De este modo, existe una tendencia por describir la dimensión operativa de la institucionalización e incluso del individuo, pero no se cuestiona el internamiento, ni por modelo de atención implementado, capacidad física y material u otros aspectos relacionados con la organización en el interior de estas instituciones, lo que imposibilita saber de primera mano sobre la situación global de vida de estas personas. Fernando Villar (2013) señala que parte del problema radica en la dificultad de pensar a la gerontología como un verdadero campo interdisciplinario en el que converjan diversas facetas de indagación que incluyan a las ciencias biomédicas, las del comportamiento y las ciencias sociales, tanto en términos de teorías y conceptos como en metodologías, por lo que resulta un gran desafío al momento de integrar datos cuantitativos y de corte subjetivo.

Este texto, por lo tanto, tiene la intención de describir y analizar los elementos y a los actores involucrados en el proceso de institucionalización y permanencia de las personas adultas mayores en estos contextos, de manera que se pueda dar luz a los procesos de desvinculación

² Cabe aclarar que la literatura revisada, así como el rastreo de la construcción del concepto de envejecimiento a partir los aportes no empíricos, subrayan la orientación psicologista, pues son los mismos documentos que así tienden a iniciar la mayoría de las discusiones. No obstante, no quiere decir que sean los únicos puntos de partida ni las únicas referencias en el tema, pero quizá sí los más citados y más ampliamente difundidos fuera del área exclusivamente biomédica. Compilaciones como la de Nérida Asili (2004) y Fernando Quintanar (2011), entre otras fuentes citadas en este trabajo, ejemplifican la orientación de la interpretación y análisis en los temas de vejez y envejecimiento.

social, estigma y exclusión, a veces definitiva y total, que sufren los ancianos en estos escenarios.

Se hablará entonces del grupo de ancianas y ancianos a los que nos referimos en este estudio, el cual forma parte de una exploración de carácter etnográfico de residentes de una institución asilar en un municipio rural de Nuevo León. Se esbozará su caracterización y se detallará lo que llamo ‘el perfil de ingreso y permanencia’, que implica tanto la situación del entorno inmediato del sujeto previo al internamiento, como otras cuestiones de larga data en su vida. Además, se le dará énfasis a su situación clínica, por lo que el tema de la enfermedad y medicalización será clave para comprender globalmente la situación actual de los ancianos en instituciones asilares y la forma en que estos elementos los condicionan a una situación de exclusión indefinida.

Consideraciones sociológicas en torno a las instituciones asilares

Aunque la planeación de los modelos de intervención gerontológica en instituciones asilares tienen como preocupación cardinal las fases organizativas del espacio en donde desarrollan su trabajo, sobre todo en términos de un proceso exitoso de atención —en apariencia—, los logros o las vicisitudes de estos programas quedan satisfechos en términos de la operatividad de los mismos, y quizá en alguna medida, en la satisfacción de los usuarios, aunque en pocos casos considerando la satisfacción de viva voz de los ancianos o ancianas que reciben el servicio.

En México realmente conocemos muy poco de las percepciones de los servicios de estancias geriátricas por parte de los sujetos que se encuentran en las mismas y reciben directamente todo el aparato organizado de cuidados. También es poco usual reconocer los elementos subjetivos y la experiencia emocional de las personas ancianas, quienes no tienen muchas oportunidades de autonomía y poder de decisión en estos entornos.

Poner a discusión la tipología de la que podían tratar estos espacios me permitió trabajar sociológicamente y disponer conceptualmente del asilo como un espacio de institucionalización de tipo prolongado con una estructura, normas y reglas que precisan un tipo de exclusión de la forma de vida anterior, independientemente del perfil de ingreso de

los residentes, la condición médica, familiar o económica de la adulta o adulto mayor, incluso del servicio que se brinda o se pretende brindar. Las características de las personas adultas mayores una vez en un marco de institucionalización posibilitan generalizar algunos aspectos y particularizar otros, pero que en su justa medida inciden en la valoración, revaloración y construcción de nuevas definiciones de sí mismo y de los otros como sujetos envejecidos. Las más destacadas incluyen ciertos modelos preocupados por el diseño de aproximación psicosocial que enfatizan la interacción entre los espacios psíquico y social de los sujetos; modelos que se basan en la interacción persona-ambiente sobre todo en términos del proceso adaptativo; los modelos que abordan la construcción del concepto de calidad de vida como el punto de partida para delimitar significado; y los modelos que buscan la excelencia o calidad total de la organización (Martínez, T., 2008).

Una de las preocupaciones del construccionismo social en torno a las instituciones se da con respecto a su origen en tanto terreno en que se habitúan las actividades humanas. Este posicionamiento, además, implica pensar a las instituciones a partir de historicidad y control. Asimismo, siendo las instituciones realidades objetivas *per se*, se presentan al individuo como hechos innegables fuera de sí mismo.

Las instituciones, por el hecho mismo de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada, en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente (Berger, P. y T. Luckmann, 2003: 74).

La importancia de este enunciado para el estudio radica en la calidad definitoria que tienen las actividades empíricas, las cuales edifican los saberes y motivan los comportamientos de los sujetos dentro de una institución asilar. Son los adultos y adultas mayores en asilamiento quienes van construyendo día a día un camino explicativo y coherente de acuerdo a lo que comparten en las prácticas cotidianas. Para Leticia Robles Silva y Elba Karina Vázquez (2008), siendo el asilo la institución de cuidado con mayor arraigo en México, los significados en torno a aquél están referidos al cuidado de ancianos abandonados, sin familia y hogar; de igual manera, estos espacios se identifican con sujetos que, ahora ya envejecidos, no cumplieron en responsabilidad y afectos con sus hijos y otros miembros de la familia, convirtiéndose muchas veces este espacio en una *antítesis del cuidado* en sí mismo. Detallado

lo anterior, existe cierta preocupación por la forma en que las residencias para ancianos se constituyen y emprenden programas para la atención de sus residentes.

Erving Goffman (2001) indica que una ‘institución total’ es un lugar tanto de residencia como de trabajo en donde un grupo de individuos en condiciones similares, y aislados por un periodo considerable de tiempo, comparten encierro y una rutina que es administrada de manera formal. Este tipo de instituciones absorbe el interés y el tiempo de los miembros que lo conforman, pero de manera especial de los residentes, proporcionándoles un mundo propio. La tendencia de una institución total es absorbente y pretende oponer a quienes la integran con la interacción social y el contacto con el exterior; físicamente este aislamiento se significa con los altos muros o rejas.

Otra característica fundamental de estos espacios es que cuidan a personas que parecen ser incapaces o inofensivas en la consecución de las actividades más básicas. De igual manera, cada uno de los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, el trato es homogéneo y se busca que todos los miembros hagan las mismas cosas. Las actividades que se desarrollan son de carácter obligatorio con miras a ejecutar un solo plan racional para el logro de objetivos que señale la institución. Los internos tienen todo un día programado en función de necesidades esenciales y la división entre internos y trabajadores es elemental. También un objetivo de la institucionalización es mantenerlos en ignorancia de la toma de decisiones de su propio destino:

Hermana Maruca³: No se les puede alterar. Belén [interna] se alteró ahora que fuimos a [Los] Ramones a recoger lo de las televisiones [digitales] del gobierno. Se encontró con no sé qué comadre y le dijo que su hermano había muerto. Se puso llore y llore, ¿y qué hacemos? Se alteran, luego nosotros tenemos que controlarlos. Con Alberto [informante e interno] es lo mismo, no se les pueden pasar todas las llamadas. Todas, todas, no. Tampoco pueden hablar cuando ellos quieren. Ahora esta semana Emilio [informante e interno] también ha estado insistiendo con eso. Pero no se puede, se ponen mal.

³ La hermana Maruca es la esposa del hermano Nicho, ambos dueños del asilo al momento de esta investigación. La hermana falleció en diciembre de 2014, 15 días después de que cerré mi trabajo en campo.

Este enfoque analítico resulta pertinente para analizar la construcción del *yo* con respecto al encierro, aproximación que encontramos escasamente trabajada dentro de la aplicación de los modelos de intervención geriátrica. “La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí se particular interés sociológico” (Goffman, E., 2001: 25).

Así, la institución opera como un aparato organizacional que tiene el objetivo de separar al sujeto de todas las esferas sociales de su vida anterior y esto ocurre: desarrollando todos los aspectos de la vida en el mismo lugar y bajo la misma autoridad; llevando a cabo las actividades en compañía de otros, a quienes además de hacer las mismas cosas, se les da el mismo trato; con todas las actividades diarias programadas; y con actividades de carácter obligatorio que forman parte de un solo plan racional para el logro exclusivo de objetivos de la institución.

En síntesis, el objetivo de las instituciones totales es agrupar y ejecutar en un solo escenario, y con base en una organización burocrática y en ocasiones bajo un modelo de negocio, las tareas más indispensables para la satisfacción de las necesidades humanas contenidas en un servicio de tipo prolongado.

Metodología

La aproximación metodológica parte desde una perspectiva antropológica, y tiene como propósito dar cuenta de la serie de procesos relacionados con la situación de desvinculación social de la que son objeto los adultos mayores que se encuentran en situación de internamiento institucional de tipo asilar. Los resultados de este artículo responden a un trabajo de corte etnográfico realizado en un asilo para ancianos de estrato socioeconómico bajo en el municipio de Los Ramones, Nuevo León, y consta además de la profundización del trabajo con seis internos. El abordaje metodológico fue fundamentalmente de corte cualitativo y la ruta transitó por dos momentos de acuerdo al interés del objetivo general de la investigación: conocer sobre los procesos de desvinculación social con respecto a la vejez y la enfermedad que se constituyen a partir del diagnóstico; y la carrera moral por enfermedad en el marco de una situación de internamiento. La primera ruta se inclinó por trabajar descriptivamente la institución asilar, valiéndome sustancialmente del método etnográfico a

través de la observación participante. En esta etapa de la investigación, de principio me dediqué a describir el espacio físico y algunas implicaciones en torno al impacto de aquél en la vida cotidiana de los ancianos internados. Posteriormente, describí y analicé las prácticas desarrolladas dentro de la institución asilar relativas al cuidado y atención, privilegiando aquellas dinámicas de interacción que cada uno de los actores involucrados tenían en la misma, y que a su vez me ayudaron a construir el mapa de temas vinculados a la construcción de la vejez y la enfermedad en la guía de entrevista, así como a identificar a los actores con mayores posibilidades y dispuestos a participar en el estudio. Finalmente, para efecto de este apartado, logré trabajar con seis internos que oscilaban de los 55 a los 77 años y que tenían de un mes a cinco años en el asilo. El Punto de Vista del Actor (PVA) planteado por Eduardo Menéndez (2010), fungió como una decisión metodológica que me permitió aproximarme a los significados y explicaciones que generan los grupos sociales con respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención que los atraviesan; así como recuperar la experiencia del paciente-sujeto en relación con el evento de enfermedad y su vínculo con otros actores sociales.

Resultados

Diagnóstico clínico y carrera moral

Uno de las características más importantes de los residentes en el asilo es el estatus de pacientes que tienen a raíz del padecimiento de alguna enfermedad. Las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, la hipertensión, las demencias y enfermedades mentales, entre otras, son un marcador fundamental como sujetos envejecidos, en la posición que ocupan dentro del asilo como en la situación anterior al ingreso, pues suele ser el motivo por el cual la mayoría ingresó a la institución. Las familias de los asilados asumen y justifican con suficientes motivos, o no con los necesarios, la incapacidad para cuidar y mantener económicamente a sus familiares con el diagnóstico que presentan.

Las definiciones clásicas de la sociología de la salud, señalan que las enfermedades crónicas son por su naturaleza a largo plazo, requieren importantes cuidados del paciente y de su entorno, tienden a su multiplicación, son intrusivas de la vida de los pacientes, demandan

servicios auxiliares y presentan elevados costos de tratamiento (Strauss et al., 1984, citado en Pecheny, M. et al., s/f: 8).

Son varios los autores que han abordado las implicaciones psicosociales de los diagnósticos clínicos en pacientes que padecen enfermedades crónicas. No obstante, una aproximación analítica que diferencia la experiencia de acuerdo a la enfermedad en la evolución, la sintomatología y la terapéutica, es el trabajo desarrollado por Mario Pecheny, Hernán Manzelli y Daniel Jones (2002). Los autores puntualizan que si bien hay una trayectoria similar en los enfermos crónicos, existen elementos compartidos y otros ampliamente divergentes en torno al padecimiento. Pese a que las enfermedades que abordaron en su estudio fueron la hepatitis C y el VIH/Sida, el contexto del diagnóstico necesariamente evoca a la identificación, la certificación y normalización en el marco de la posible cura y la muerte.

Así, convivir con determinada enfermedad por mucho tiempo es un asunto que pocas veces se tiene tanto propuesto como deseado, pues las limitaciones en la mejora de la condición de salud de los pacientes en ocasiones es bastante desalentadora o hasta imposible, aunque una vez que los sujetos la inscriben en el marco de la vida cotidiana y se llegan a *normalizar*⁴ varias esferas de la vida debido a la paulatina integración a actividades de la vida laboral o familiar, la experiencia de vida puede llegar a ser positiva y reconfortante. Sin embargo, los pacientes que son internados o sufren un proceso de reclusión experimentan una modificación total a nivel de lo cotidiano, incluidos todos aquellos apoyos sociales y afectivos que pudieron haber construido a partir del diagnóstico, lo que dificulta cualquier experiencia de normalización. El caso de Rebeca ejemplifica esta situación.

Rebeca es una mujer de 71 años con ceguera con la que vive desde la infancia, además está bajo tratamiento de ansiolíticos, pues padece un tipo de senilidad y retraso mental desde hace algunos años. Estas enfermedades se conjugan y la hacen gritar la mayoría del tiempo. Lanza gritos desesperados preguntando por “José”, el enfermero, pero también se le escuchan algunas frases relativas a la vida que tuvo en la infancia o adolescencia, pues la mayor parte del tiempo grita solicitando la presencia de su madre o su padre o pregunta si ya mataron los

⁴ El concepto de normalización alude a todos los esfuerzos y mecanismos mediante los cuales los familiares construyen un estilo de vida “normal” para el enfermo (Strauss y Glaser, 1975, citado en Pecheny, M. et al., s.f.).

pollos para la comida. Esta situación hace que las demás ancianas se alteren y molesten, pues casi la mayor parte del día Rebeca se ubica en este estado. Cuando pregunté a los trabajadores sobre la situación familiar de Rebeca, ellos me dijeron que nunca se casó, que fue soltera toda su vida y que los sobrinos que viven en Estados Unidos mandan recursos para sostenerla en el asilo. Aunque los cuidadores no me mencionaron otras razones más allá del estatus migratorio de los familiares, me pregunté de qué manera una persona con las características de Rebeca puede vivir en un hogar sin alterar su dinámica cotidiana, no solo por lo que implica cuidar a una persona envejecida con padecimientos de este tipo, sino también por sobrellevar sus delirios y exabruptos. Aparentemente, los familiares cercanos de Rebeca no tienen los medios ni profesionales, ni materiales o emocionales para tenerla en el hogar, pero a fin de cuentas, ¿quiénes sí los tienen? y, ¿en qué otros espacios se encuentran estas personas y cómo viven sus enfermedades?

La experiencia de Rebeca me hizo reflexionar sobre las dimensiones de mejora en un contexto de internamiento, pero también las características con las cuales podríamos medir la normalización en el hogar de los ancianos y ancianas. Coincido en que el asilo es un espacio de ruptura y desarraigo de lazos sociales importantes, que sin duda trasciende de manera más negativa que positiva. No obstante, creo que la experiencia de vida en el hogar frente a ciertos padecimientos crónicos tampoco puede ser calificada ventajosa, como en el caso de Rebeca, pero también el de otros ancianos internados como Juana⁵, quien al no tener ninguna red familiar disponible, llegó a vagar por días y a alimentarse mal, lo que sin duda empeoró su estado de salud, aunque no tiene un grado de ancianidad tan avanzado como otros residentes.

El diagnóstico clínico, además de ser un requisito indispensable del conocimiento de los pastores en el asilo, también es un elemento eficaz en el control y la imposición de disciplina en las prácticas cotidianas de cuidado, pues los ancianos, al estar física y mentalmente disminuidos, se ajustan inevitablemente a los esquemas de cuidado adecuados para ellos, cuyos ejes son los movimientos limitados y estar la mayor parte del tiempo en silencio. Muchas de estas postales son observables cotidianamente en el asilo, empero, los

⁵ Juana es una interna que padece retraso mental, sordera e insuficiencia renal, originaria de Los Ramones.

medicamentos también inhiben las expresiones más mínimas de satisfacción, alegría o individualidad. Además, este diagnóstico indica los tratamientos farmacológicos que deben ser prescritos para cada paciente.

La calidad clínica con la cual se lleva a cabo el tratamiento médico es en general bastante deficiente. Los encargados de esta encomienda no tienen los conocimientos suficientes para la prescripción y control de medicamentos, y por lo observado en la dinámica cotidiana, tampoco están capacitados para sobrellevar episodios problemáticos como ataques epilépticos, eventos psicóticos o delirios.

El tratamiento que los internos reciben se proporciona de acuerdo al diagnóstico con el cual ingresaron al asilo. Este diagnóstico se encuentra en un formato informal que el asilo cuenta como medio por el cual los familiares confirman, firmando el documento, que su anciano o anciana padece dicha enfermedad. En esta serie de papeles que integran la carpeta del residente, no observé expedientes clínicos completos, salvo algunos documentos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y recetas de médicos particulares. Sin embargo, el seguimiento, la modificación de las dosis y en general el control de la enfermedad ya sea por medio de fármacos o no, son nulos.

El asilo no cuenta con médico de cabecera que certifique la continuidad o la interrupción de los tratamientos, ni que recomiende alguna otra alternativa que permita, en algunos casos como el de Emilio, mejorar su condición de salud y ser dicha mejora un motivo por el cual los familiares reflexionaran sobre la pertinencia del encierro del anciano y, eventualmente, lograra salir.

Para comprender cómo se va adhiriendo el diagnóstico médico en lo que los sujetos llegan a ser y percibir de sí mismos en el asilo, cómo los tratan los demás con quienes conviven diariamente y cómo el diagnóstico fue construyéndose antes de estar en una dimensión institucionalizada, es fundamental remitirnos a la carrera moral que tienen en razón de las implicaciones sociales y subjetivas que se normalizan en los padecimientos.

El concepto de ‘carrera moral’ trabajado por Erving Goffman (2001) consiste en una construcción ambivalente que incluye las disposiciones sociales, relaciones jurídicas y un

estilo de vida atribuible a determinados sujetos por tener ciertas características físicas y patológicas que los disponen a las significaciones sociales de un grupo, como también la imagen del *yo* y el sentimiento de identidad.

Que los sujetos experimenten una situación de encierro permite trabajar el *yo* desde un enfoque institucional. El principal punto de partida del análisis de la carrera moral es conocer “la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el *yo* de una persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a las demás” (Goffman, E., 2001: 133). El autor explica la trayectoria que el sujeto experimenta como paciente con un modelo de dos etapas que estructuran y reestructuran el *yo* en razón del cambio que los individuos sufren de un escenario de libertades a uno de encierro.

—La etapa del prepaciente. En esta etapa, el sujeto y sus familiares comienzan a construir un consenso en torno a la decisión de depositar al sujeto en una situación institucional. Se asume que el comportamiento y otras vicisitudes de la vida cotidiana del y con el sujeto lo turban a sí mismo y a otros; ya es incapaz de no “perder la cabeza” o el control de sí mismo. Esta pérdida de capacidad consiste en un uso de procesos referenciales con los que se intenta exponer que el sujeto ha fracasado como ser humano, que ya no tiene valor y que en consecuencia no merece respeto. Tales referencias se tratan mayormente de interpretaciones y estereotipos con base en convenciones sociales compartidas. Llegado el momento, el sujeto también acepta este nuevo código con el que se le cataloga, aceptando como un alivio el aislamiento y el repliegue de su papel en la sociedad a la que pertenece.

En el caso de los ancianos, la sugerencia de acuerdo a las narrativas y la observación participante realizada en campo es que la vida antes del asilo no era necesariamente la mejor experiencia de vida y el papel en el cual los demás miembros de la familia y la sociedad los colocaban no eran tan beneficiosos y adecuados, ni como viejos ni como personas con determinadas enfermedades. Muchas de las vivencias anteriores de los adultos mayores estaban enmarcadas en un desprendimiento generalizado de la vida social más inmediata. La pérdida de amistades, del empleo y la actitud reticente de familiares los encararon, hasta percibir su situación como indeseable para que funcionaran

correctamente las relaciones sociales y la vida en general con los más jóvenes: “de los que se quedan y tienen toda una vida por delante”, dijo Emilio en alguna ocasión.

El sujeto se siente ajeno, enfermo e impedido; sin valor, sin motivos y a veces sin conciencia de lo que le puede estar sucediendo. Aunque en el caso del análisis de la situación de los pacientes que entran a una institución mental es el campo en el que Erving Goffman estudia las implicaciones del *yo* en los sujetos, también para el caso de los adultos mayores se presentan cuadros similares de ingreso: por ejemplo, la imagen irreal que los familiares presentan en torno a la vida que pueden tener en el asilo y que se valora positivamente en comparación con la que tienen en el exterior, y la promesa de que, gracias al descanso y tratamiento que reciban dentro de la institución, eventualmente pudiese mejorar su salud y logren salir.

Esta etapa es importante, pues es a partir de ella que el paciente orienta la percepción que tiene de sí mismo y comienza a actuar en consecuencia. De hecho, el papel definitorio de esta etapa en la vida de los individuos hace que el anciano reduzca y acepte el encierro como una consecuencia racional de sus comportamientos en el pasado.

—La etapa del paciente. En esta etapa, los efectos del rumbo de la vida anterior de los sujetos se consuma, “la certeza, justificada o no, de su abandono: ha quedado al margen de la sociedad y sus allegados le han vuelto la espalda” (Goffman, E., 2001: 150). Los internos primero toman una actitud reticente a su nueva condición; no hablan y buscan el menor contacto e interacción posible. Pero estas actitudes se difuminan y luego de un tiempo de permanecer en la esfera de la ausencia y el anonimato son intercambiadas por la apertura y la interacción social.

Erving Goffman abunda sobre esta fase:

Cuando una persona ha llegado a una etapa dada de su carrera, construye típicamente una imagen del curso de su vida —pasado, presente y futuro—; y al hacerlo escoge, abstrae y distorsiona, a fin de obtener una versión de sí mismo que pueda exhibir ventajosamente en sus actuales circunstancias (2001: 54).

El caso de Virginia es una muestra de esta adaptación dentro del espacio asilar. Cuando tenía poco tiempo de haber ingresado al asilo, su actitud se mantenía ajena a la convivencia con otros actores y a la obediencia de las solicitudes más elementales de las cuidadoras como bañarse y comer. Llegó a no ducharse en tres semanas y a no comer por dos días. Se mantenía constantemente en su habitación y no recibía visitas. Pasadas estas tres semanas, su actitud fue volviéndose más dócil y al cabo de poco tiempo ya formaba parte de las dinámicas cotidianas de cuidado en las que todos los ancianos y ancianas estaban inevitablemente envueltos.

Comenzó a comer en el comedor como todos y poco a poco empezó a salir de su cuarto y a sentarse frente a él en una mecedora. Ya hablaba mucho más con otros internos; aunque esta situación cambió sustancialmente, seguía siendo selectiva con sus interacciones. No le hablaba a todo mundo y en más de una ocasión me dijo que no quería hacerlo.

Virginia: No le[s] puedo hablar a todos. Mira, ya ves [a] esta Irmita, está mala. No me entiende ni yo la entiendo. Habla [de] que se va a casar, que soy su madrina de boda, que cuándo le voy a decir a su novio que venga por ella y [que entonces] vemos lo del vestido. No puedo así hablar con todas.

Considerablemente, Virginia tiene una condición mental en mucho mejor estado que el resto de las mujeres asiladas; además, su trayectoria laboral como profesora y dirigente política todavía le permite hilar conversaciones más precisas que otras mujeres. Así, aunque en general se ha adaptado con relativa consistencia al mundo de la vida asilar, todavía mantiene ciertas preferencias de interacción, por lo que se mantiene cuidadosamente a cierto margen de distancia del grupo.

Estigma y situación de internamiento

La enfermedad que tienen los residentes es una de las marcas que fuera y dentro del asilo funcionan para designar el lugar social al que pertenecen los individuos. Este marcador se torna operativo como un estigma una vez que identificamos las características que comparten los asilados unos con otros como ancianos.

Para Erving Goffman (2006), el estigma está asociado con todas aquellas características que inhabilitan a un individuo para su plena aceptación social. Estas características pueden ser signos corporales visibles como las deformidades del cuerpo; las actitudes de un individuo que se pueden adscribir a pasiones tiránicas o falta de voluntad; y finalmente las tribales, étnicas o de raza que los vuelven diferentes a los demás. Es necesario señalar que estas restricciones tienen su origen en la forma en que la sociedad establece los criterios mediante los cuales categoriza a aquellos que considera normales o anormales. Si bien no todas las características negativas de los individuos son elementos detonantes de la exclusión, las que se conciben inapropiadas para los estereotipos sociales sí abonan a la desacreditación social. De este modo, las particularidades de la persona se vuelven contra esta, ya que la identidad y otras condiciones estructurales determinan en qué sitio debe colocarse. Aunque no todos estos elementos que se asignan a los sujetos son eminentemente desacreditadores, pues aunque indeseables, no trasgreden la idea de cómo deben de ser ciertas personas, muchos otros simbolizan un importante perjuicio en su vida cotidiana y en el valor que se asignan a sí mismos.

de este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falta, o desventaja (Goffman, E., 2001: 12).

Para el caso que nos ocupa, la situación social en el que es colocado un individuo que ha ingresado a una institución de vigilancia, inmediatamente ocupa una posición desacreditante y, por lo tanto, un estigma social le acompaña. Tanto las instituciones de orden psiquiátrico, como las cárceles y otro tipo de sanatorios van transmitiendo y socializando entre sus miembros ciertos atributos que, debido al contacto prolongado con sujetos que comparten el mismo devenir, van unificando al individuo que ahí participa. De esta manera, el anciano o anciana se va percatando de que hay elementos compartidos de experiencia con otros internos en el asilo, pero también existen elementos que los distinguen unos de otros.

En varias ocasiones, Virginia y Alberto me decían que se sentían fuera de lugar en el asilo; la primera no consideraba su estado de salud tan deteriorado y a su enfermedad como un

obstáculo; por otra parte, Alberto afirmaba que todavía estaba bastante joven para residir en una institución de este tipo y que tarde o temprano iba a salir; de hecho, *salir* para él era una cuestión personal más que de diagnóstico médico o decisión de sus familiares. “Al revisar su propia carrera moral, el individuo estigmatizado puede escoger y elaborar retrospectivamente las experiencias que le permiten explicar el origen de las creencias y las prácticas que ahora tiene con respecto a sus iguales y a los normales” (Goffman, E., 2006: 53).

Aunque ambas acepciones son en cierta medida verdaderas, pues Virginia parecía tener una actitud mucho más integrada a su propio mundo personal y no al de la convivencia en el asilo, y Alberto era bastante joven y todavía capaz físicamente de hacer cosas normales y cotidianas propias de un hombre de su edad, también tenían un cuadro de enfermedades y una trayectoria personal que se contraponían con la posibilidad real de salir del asilo. Tanto los médicos —quienes diagnosticaron las enfermedades y los condicionaron a una serie de medicamentos y recomendaciones—, como los familiares —quienes con su consentimiento los ingresaron— no comulgan con la percepción del interno. Cuando el residente sigue pensando que tiene opción de salir y que estar comparativamente mejor a la del resto de los ancianos y ancianas, abre una ventana de oportunidad para modificar su situación actual. No obstante, las pocas llamadas y visitas por parte de los familiares y la actitud reticente que tienen cuando los llegan a visitar no construyen una posible ruta de libertad.

De este modo, los ancianos y ancianas sufren un doble proceso de estigmatización que finalmente promueve ingreso y permanencia en el asilo. Por un lado, existe una condición física y mental que los imposibilita para reintegrarse al contexto familiar y social inmediato, pese a que sería necesario valorar esta situación con detenimiento por parte de un especialista clínico, aunque sea por rutina; y por el otro, el contexto social de pertenencia y las relaciones más cercanas construidas alrededor suyo los colocan como seres incapaces de ser conducidos al ritmo de vida de quienes todavía tienen plenas funciones. “El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que estas le brindan” (Goffman, E., 2001: 27).

Así, los sujetos envejecidos y enfermos no tienen mucha opción o salida a su situación de internamiento, pues el consentimiento se da en un escenario desigual, entre un sujeto funcional y uno estigmatizado en donde finalmente el sujeto envejecido, pese a los deseos de estar en su casa, se siente comprometido y merecedor del encierro.

Enfermedades de los internos

La totalidad de los asilados se encuentra bajo algún tratamiento debido a enfermedad crónica y/o mental. Las enfermedades más frecuentes en el asilo se ubican dentro de las mentales: nervios, depresión, trastorno mental orgánico debido a traumatismo posaccidente, anosmia⁶, trastorno de bipolaridad, alimentación o maniacodepresivo, hasta esquizofrenia crónica. Existe también un número significativo de casos con hipertensión y Parkinson, además de osteoporosis, dos casos de epilepsia y un caso de diabetes e insuficiencia renal.

Tabla 1. Enfermedades de residentes

Enfermedades	Total de asilados que las padecen	Informantes que las padecen
Enfermedades del corazón: hipertensión	12	1
Diabetes mellitus	2	0
Enfermedades cerebro-vasculares: embolia, Parkinson, epilepsia	4	1
Enfermedades mentales y demenciales: Alzheimer, esquizofrenia, nervios, depresión, trastorno mental orgánico, anosmia, trastorno de bipolaridad, trastorno de alimentación (comedor compulsivo, anorexia o bulimia).	39	5
Insuficiencia renal	3	0
Osteoporosis	22	1

Fuente: elaboración propia con base en archivos del asilo e información de cuidadores.

⁶ La anosmia es la pérdida del sentido del olfato. En el caso de Alberto, residente quien la padece, fue parte de las secuelas traumáticas resultado del accidente automovilístico.

Tabla 2. Enfermedades mentales y demenciales de residentes

Enfermedades	Total de asilados que las padecen	Informantes que las padecen
Demencias focales, difusas o tipo Alzheimer	23	0
Esquizofrenia	2	1
Nervios	1	0
Depresión	12	5
Anorexia y/o bulimia	1	1
Comedor compulsivo	1	1
Trastorno de bipolaridad	2	0
Trastorno mental orgánico	1	1
Anosmia	1	1

Fuente: elaboración propia con base en archivos del asilo e información de cuidadores.

Medicación

Los tratamientos médicos que se prescriben a los internos están en su totalidad orientados al suministro de fármacos. Aunque la prescripción médica de los medicamentos que se dan a los ancianos y ancianas en la institución están previamente establecidos mediante el expediente médico que los familiares llevan antes del internamiento, muchos de los tratamientos llegan a modificarse al paso del tiempo, ya sea porque los familiares no reabastecen los medicamentos requeridos o porque las dosis se modifican debido a cambios en el comportamiento de los ancianos y ancianas durante su estancia en el asilo. Lo segundo resulta bastante común con ciertos internos que califican de “inquietos”, aun cuando esta actitud solo tenga que ver con un ánimo mucho más expresivo que el del resto de los internos o incluso esté directamente relacionado con mínimas violaciones a los estándares de disciplina y despersonalización, que resultan muy útiles en una institución asilar. “La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo” (Goffman, E., 2001: 27).

La modificación de las dosis está supervisada previamente tanto por el médico en el asilo como con los familiares; no obstante, muchas de las veces esta modificación de dosis o incorporación de medicamentos, sobre todo antidepresivos, ansiolíticos y otras pastillas de la familia de las benzocadeínas, se dan sin más para controlar los posibles episodios de exaltación, nerviosismo, angustia, desesperación y otras expresiones de desequilibrio relacionadas mucho más con la funcionalidad de la dinámica asilar que con el bienestar y mejora de la condición del anciano. Si bien no fueron frecuentes estas acciones, sí se presentaron para ciertos casos, al menos los más visibles. Los cuidadores, a través del apoyo clínico del enfermero del asilo, solicitaban el permiso del cambio de prescripción directamente a los pastores, los cuales a su vez informaban de la problemática situación en la que se encontraba su anciano o anciana, lo que no dejaba lugar de calificar de innecesario este aumento de dosis o nueva receta. Un ejemplo de cómo un evento disruptivo justifica los cambios de dosis, fue el que experimenté el jueves 2 de octubre de 2014 con Alberto, uno de mis informantes clave.

Dalila, una de las cuidadoras y mano derecha de los hermanos cuando están ausentes, me comentó que la hermana Maruca me llamaba al interior de su casa. Me extrañó mucho y estuve preocupada por lo que podría decirme. Hasta ese momento no sentía haber faltado en malos comportamientos o haber roto alguna regla a lo largo de mi estancia de trabajo de campo. Yo creía haber seguido al pie de la letra cada una de las convenciones y las observaciones que de inicio se me hicieron al momento de instalarme en el asilo. Ya en otras ocasiones había tenido encuentros con ella y hablábamos de cosas triviales relativas a su familia, ocasionalmente de los internos y muy poco de los trabajadores, pero eran encuentros cordiales y amables que era necesario consolidar, por lo que cada mañana acudía a saludar a los pastores y desearles buen día.

La hermana me dijo que Alberto se estaba poniendo muy violento y que estaba más ansioso de lo normal. En ese momento me sorprendí mucho. Nunca pensé que mis —hasta ese momento— tres encuentros habían provocado tal revuelo en el ánimo y las nociones que don Alberto tenía de su experiencia asilar. Le comenté a la hermana Maruca que mi tema de investigación era conocer aspectos relativos a la vejez antes y después del asilo y la enfermedad, y que en ese camino los aspectos que recordaran de su vida anterior eran

importantes de recuperar; no obstante, gran parte de la reflexión devenida de los cuestionamientos era dada por parte del mismo informante, es decir, que yo no dirigía, o no explícitamente, y definitivamente no proponía o al menos no imponía la revelación de otro estado de cosas para el anciano, aunque era un pensamiento que rotaba constantemente en mi cabeza. Conociendo la experiencia de accidente, enfermedad e incapacidad y, hasta ese momento, mediana aceptación del interno sobre su condición y la justificación del tiempo pasado ahí dentro, no pensé que lo que habíamos platicado iba a trascender tanto en la reflexión sobre su lugar dentro del asilo como de la vida que espera tener una vez fuera, situación que ve bastante probable a diferencia de otros internos que, definitivamente, se circunscriben en un sentimiento de resignación. Este escenario me incomodó y aunque dejé claro que ya había terminado mi trabajo con él, le hice saber a la hermana que mi objetivo no era ese y aunque el proceso de entrevista invariablemente iba a promover recuerdos, pensamientos y ansiedades en torno a la estancia en el asilo, esta situación no era la intención principal.

Por un lado, el caso de don Alberto ejemplifica los ajustes primarios y secundarios que se dan en torno a los sujetos insertos en una dinámica de cooperación institucional. El ajuste primario, bajo las pautas institucionalizadas, coloca al individuo como un cooperador, normal, programado o construido; preparado para cumplir ciertas expectativas que dentro de la organización se espera sucedan. El ajuste secundario implica ciertos arreglos para alcanzar fines que no están dentro del marco de lo establecido, es decir, que se separan un tanto del rol de interno que se le atribuye al individuo (Goffman, E., 2001). El primer ajuste lo encontramos cuando don Alberto asume su condición de asilado, haciendo las mismas cosas que todos, formando parte de todo el cúmulo de reglas asilares que antes del estallido no provocaban mayor complicación para él; el ajuste secundario es visible cuando, debido a la posibilidad física y mental de Alberto en comparación con los demás compañeros, puede involucrarse en las tareas del asilo como si fuese cualquier otro trabajador.

Esta situación me hizo reflexionar lo operativo que resultan los esquemas disciplinares y de control total de actividades en las que los sujetos depositan no solo confianza en el devenir total de sus vidas, sino que también se las apropian de manera tal que una pequeña, pero

significativa ruptura en el esquema envolvente de eventos cotidianos provoca alteraciones muy notables, que desde el punto de vista de la institución deben evitarse en cualquier circunstancia. El contacto con la vida exterior —en este caso a través de una persona externa al asilo y con una perspectiva diferenciada al menos de la visión de los pastores, los cuidadores e incluso de los familiares— desarticula todo el engranaje de ordenamiento y provoca en el anciano la introspección en torno a su vida pasada, pero también sobre las cosas que todavía le gustaría hacer y se cree con el legítimo derecho en realizar.

Cualquiera que sea la estabilidad de la organización personal del recién internado, ella formaba parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno civil: un ciclo de experiencia que confirmaba una concepción tolerable del yo, y le permitía una serie de mecanismos defensivos, ejercidos a discreción, para enfrentar conflictos, descréditos y fracasos (Goffman, E., 2001: 26).

Luego de avisarme de este cambio de comportamientos, la hermana Maruca hizo unos comentarios que desacreditaban o al menos ponía en duda la narrativa de mi informante. Si bien no todo lo que él me pudo haber dicho de su vida entraba en total contradicción, algunos aspectos estarían sujetos a revisarse e indagarse nuevamente, pues, según la hermana, la vida antes del asilo para don Alberto había estado marcada por la violencia que él ejercía contra su esposa e hijos, e incluso antes del accidente, él y su pareja ya pensaban divorciarse. También me comentó que la hija no lo iba a ver y no lo quería ver para nada, pero que el hijo es más condescendiente. Aunque esa situación me extrañó y traté de mostrar asombro por los datos que me estaba dando, le comenté que mi objetivo no era corroborar la verdad de todo lo que se me decía. De hecho, parte de las acciones estratégicas desplegadas en una institución total tienen que ver con crear y mantener tensión entre el mundo cotidiano y el institucional (Goffman, E., 2001).

Para la ocasión, si bien el interno pudo decirme parcialmente una historia ficticia de su vida, también resulta un reflejo de lo que ha vivido en el asilo. Esta situación no debe obviarse y mucho menos valorarse negativamente. De alguna manera, la reflexión apunta a que el asilo impone una estructura normativa que es funcional para la satisfacción de los objetivos de la

institución, y todos aquellos eventos que hacen poroso este tránsito frecuentemente se solucionan con el aumento o una nueva prescripción de fármacos.

A pesar de la alta medicación de la que son objeto los internos, algunos de estos escapan de la somnolencia que les provocan las medicinas expresándose sin reparo, escandalosa y categóricamente; otros más deciden hacerlo con mayor escrupulosidad, de manera que el objetivo de llamar la atención y salir del círculo de la monotonía sea eficiente. La personalidad de cada uno de ellos, además de las estrategias, intenta disminuir el control que ejercen tanto los medicamentos como las reglas de comportamiento.

Un problema recurrente expresado por los internos era la cantidad de medicamentos que se les prescribían. Aunque esta opinión no fue generalizada, al menos 20 por ciento de los internos así lo manifestó⁷.

La polifarmacia es el exceso de toma de medicamentos en un solo sujeto. Los adultos mayores, al padecer no una sino más de dos o tres enfermedades al mismo tiempo, están condicionados a una medicación constante; así, encontramos que existe una prescripción hecha por el cardiólogo, otra por el médico familiar, por el psiquiatra, etcétera. La poca comunicación entre los diferentes profesionales de la salud involucrados conduce a la prescripción inapropiada de múltiples fármacos, esquemas farmacológicos complicados, mayor riesgo de interacciones farmacológicas, duplicidad de tratamiento y reacciones adversas.

Reflexiones finales

Para concluir, la presencia de las múltiples enfermedades que tiene la población anciana complejizan su situación de vida. Frente a estos retos insoslayables, el estudio de las enfermedades desde una perspectiva asilar permite observar de cerca y con un conjunto de casos en esta etnografía, el mundo de vida de un sujeto desestructurado por las múltiples enfermedades que padece. El anciano, primero, se entrega con pasividad a un diagnóstico

⁷ Tómese en cuenta que tres cuartas partes de los asilados no pueden comunicarse. La información porcentual se realizó de acuerdo a la suma de la voz de los informantes y otros ancianos que pueden comunicarse.

que le cambia por completo la vida antes de ingresar a un entorno asilar, para luego incorporarse a una dinámica de control y prescripción de fármacos pocas veces examinada desde las implicaciones tan negativas que tiene la polifarmacia⁸ como en este ejemplo de casos múltiples. Tampoco se analiza el impacto que tiene en la vida de las personas el ingreso y permanencia en un espacio que no solo rutiniza su vida, sino que también lo aparta sin opción de la vida que construyó y las relaciones más íntimas que disfrutó y tanto añora, desarrollando inevitablemente irritabilidad y ansiedad por este nuevo mundo de vida tan poco deseable. Terapéuticamente, la situación parece ser poco ideal, pues la estructura asistencialista solo tiene el objetivo de mantenerlos con vida mediante atención médica deficiente, alimentos e higiene básica.

Asimismo, si bien la situación de enfermedad no pretende ser un sinónimo de vejez o de condición discapacitante *per se*, la ocurrencia de estos padecimientos dentro de una situación de encierro constriñen las posibilidades del sujeto de una completa autonomía o, al menos, revelan características más finas de lo compartido y prolongado.

En este sentido, la enfermedad es un evento disruptivo que en todos los casos a exponer forma parte de la carrera del sujeto, algunas veces como resultado del proceso de envejecimiento, pero en otras participando de la vida de los ahora ancianos o ancianos en construcción, mucho antes de que la vejez se hiciera visible o consciente, sobre todo de aquellos con padecimientos mentales en quienes la enfermedad los condujo inevitablemente a una vida de cuidados y atención con anterioridad. No obstante, las enfermedades son fundamentales para comprender la vida del individuo antes y dentro del asilo, que es el entorno en donde un diagnóstico los conduce sistemáticamente a conductas dependientes de un tratamiento que, en este caso, no es profesional y resulta solo paliativo. La enfermedad, por ello, es la que desencadena el encierro, pues el estado de la enfermedad es imposible de sobrellevar por los sujetos mismos o por sus familiares; la enfermedad es el motivo que justifica la permanencia e imposibilita la libertad y aunque esta experiencia se da en un contexto asilar, también refiere

⁸ La polifarmacia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un síndrome geriátrico relativo al consumo de tres o más fármacos de manera simultánea por un paciente.

a la capacidad trasgresora de los padecimientos crónicos en la vida de los ancianos en cualquier otro contexto.

Aunque la intención del enfoque de la enfermedad en la vejez no pretende invisibilizar los procesos de emancipación, ni los recursos adaptativos o la capacidad de los sujetos de reorientar su vida hacia otros ejes que no sean la enfermedad, ni tampoco pretende asimilarla inherentemente a estos, sí considero necesario hacerla patente como una situación que, así como la vejez, nos refiere a complejos procesos socioculturales que frente a ciertas coyunturas constituyen referentes individuales y sociales definitorios en las vidas de las personas y nos permiten evidenciar que la situación ocurre y es vivida e interpretada por los sujetos. No obstante que la enfermedad goce de un privilegio observable en el infortunio personal de una persona envejecida —que también puede ser cuestionable de acuerdo a lo que el sujeto percibe de sí mismo por estar inmerso en un cuadro depresivo—, otros enfoques complementarios sobre los aspectos adaptativos y de recuperación pueden tener relación con la enfermedad de forma no tan catastrófica o negativa, como es la ayuda mutua o la caridad que pueden proporcionar estos centros de permanencia prolongada que satisfacen necesidades imperativas de sujetos vulnerables que se hayan encontrado con situaciones de vida en el exterior más desfavorables, en soledad o abandono. Ciertamente, el enfoque con que se trabaja la experiencia de enfermedad valoró la cualidad definitoria de los padecimientos, que, a nivel de casos, al menos resultan importante para el ingreso y la permanencia y hasta cierto punto como factor que impide las altas de la institución.

El asilo tiene entonces características equiparables a las de una institución total en tanto que es un espacio que construye y reproduce vulnerabilidad social y personal en individuos afectados por una serie de enfermedades y atributos desfavorecedores en su entorno inmediato. Un tipo de institución de este tipo es un aparato de normas y reglas explícitas e invisibles de comportamiento y de control, de justificación de la segregación y la anulación de las expresiones individuales y la personalidad, así como la experiencia de constante vigilancia e incomunicación de las personas asiladas.

Bibliografía

Berger, Peter y Thomas Luckmann, 2003, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

Goffman, Erving, 2001, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

Goffman, Erving, 2006, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

Martínez, Teresa, 2008, “Diseño e implementación de los programas de intervención psicosocial en las residencias para personas mayores”, en Rocío Fernández (ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, España, Ediciones Pirámide, pp. 308-333.

Menéndez, Eduardo, 2010, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, 2ª edición, Rosario, Argentina, Prohistoria Ediciones.

Pecheny, Mario et al., s/f, “La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”, texto inédito.

Pecheny, Mario, Hernán Manzelli y Daniel Jones, 2002, *Vida cotidiana con VIH/Sida y/o hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*, CEDES, Buenos Aires.

Robles Silva, Leticia y Elba Karina Vázquez, 2008, “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar”, *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, 17(2), abril-junio, pp. 225-231.

Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/02.pdf>

(Recuperado 14 de abril de 2015.)

Trigás, María, Lucía Ferreira y Héctor Meijide, 2011, *Escalas de valoración funcional en el anciano*.

Disponible en:

<http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/lectura-obligatoria-1/abvd-aivd.pdf>

(Recuperado el 22 de marzo de 2015.)

Villar, Fernando, 2013, “Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología”, en Verónica Montes de Oca (coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp.189-206.